

XXVI REUNIÓN

PAMPLONA | 16 AL 18 DE JUNIO DE 2022

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA



SUPERVIVENCIA SIN EVIDENCIA:
Aprendiendo para el futuro

COMUNICACIÓN CORTA

DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO INFANTIL CON PRIMERA ATENCIÓN EN URGENCIAS

Ramos Lacuey, Beatriz¹; Belza Mendikute, Amaia¹; Clerigué Arrieta, Nuria¹; Pina López, María del Mar¹; Ilundaín López de Munain, Andrea; ¹ Aguilera Albesa, Sergio^{2,3}

¹Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

²Programa de Daño Cerebral Infantil. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.

³Unidad de Neuropediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra



INTRODUCCIÓN

Programa de DCAI en nuestra comunidad:

En 2017 se inició el programa. **Objetivos:**

- Establecer un **registro** de pacientes con DCAI
- Incluir **psicología clínica y neuropsicología** en este grupo de pacientes, desde el ingreso hospitalario en fase aguda
- Mejorar la **coordinación** de casos entre neuropediatría, rehabilitación, psicología, trabajo social y educación

INTRODUCCIÓN

Daño cerebral adquirido infantil (DCAI): daño cerebral sobrevenido, ocurrido tras el nacimiento que deja una secuela estructural cerebral, objetivada por neuroimagen y/o por afectación cognitiva-conductual a largo plazo.



Se **incluyeron** pacientes de > de 28 días de vida y < de 16 años

- **Periodo perinatal** → se **excluye** por presencia de una programa de atención temprana al alta neonatal en RN
- **Pacientes > 16 años** → programa específico de DCA



OBJETIVOS

Describir las características de los pacientes con DCAI de nuestra población cuya primera atención hospitalaria fue en Urgencias.



SE DESCRIBE:
Prevalencia global
Epidemiología,
Etiología
Consultas previas
Sintomatología inicial
Pruebas complementarias en Urgencias
Destino
Secuelas

METODOLOGÍA

ESTUDIO
OBSERVACIONAL
RETROSPECTIVO



2017



2021



Pacientes con DCAI
(1mes-15 años)

Se **excluyeron:**

- Lesiones perinatales
- Fallecidos en fase aguda

RESULTADOS

TOTAL PACIENTES DCAI: 168

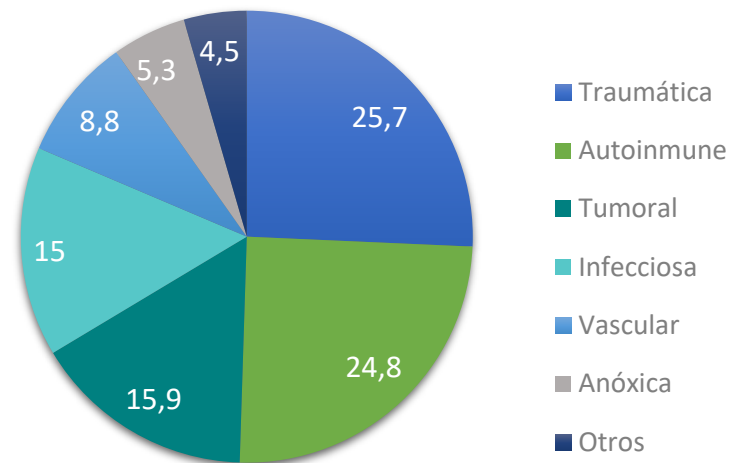
- Prevalencia global: 168/100.000

PRIMERA ATENCIÓN EN URGENCIAS: 112 (66%)

- **Edad media:** 5,4 años (DE: 4,25)
- **Sexo:** 50,4% hombres
- **Reconsulta 20%** → 47,8% de origen autoinmune

53,5% INGRESO EN UCI

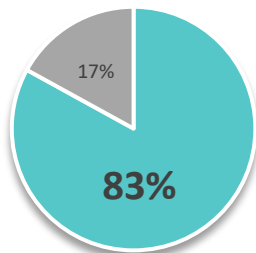
ETIOLOGÍA



CLÍNICA

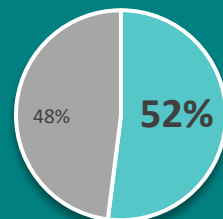
Clínica neurológica	89,3%
• Alteración nivel de conciencia	48,7%
• Crisis, focalidad neurológica, cefalea	22%
Vómitos	29,2%
Fiebre	22%

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



TAC craneal	72,6%
Punción lumbar	26,5%
RMN craneal	16,8%
EEG	14,2%
Fondo ojo	10,5%

SECUELAS



Motoras	32,1%
Cognitivas	28,6%
Conductuales	33,9%
Motor+ Cognitiva+ Conductual	15%

Autoinmune	16/28	Hemato-onco	6/11
Infeciosa	11/17	Anóxica	5/6
Traumática	10/29	Idiopática	2/3
Vascular	6/10	Toxicidad	1/1

Diferencias significativas ($p < 0,003$) entre la etiología y la presencia de secuelas

LIMITACIONES

La **etiología traumática** es menos frecuente que en otras series, quizás debido a que no se han incluido TCE con hematomas extra-axiales no sintomáticos ni intervenidos.

CONCLUSIONES

- Urgencias es el primer lugar de atención de la mayoría de los pacientes con DCAI. Importante realizar una evaluación detallada, un diagnóstico precoz y el manejo exquisito de estos pacientes para evitar un daño cerebral secundario y secuelas posteriores.
- Considerar **patología autoinmune** ante sintomatología neurológica de etiología no definida.
- **Fundamental** un **seguimiento estrecho** para vigilar la aparición de nuevas secuelas y un tratamiento multidisciplinar.

MUCHAS GRACIAS



XXVI REUNIÓN SEUP



SEUP
SOCIETY OF PSYCHOLOGISTS
OF SPAIN
PAMPLONA
14 AL 18 DE JUNIO DE 2022